

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE

CLERIA DO PILAR SAROT

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL INTERNA DE  
REGULAÇÃO – CIR DE LEITOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

CURITIBA  
2014

CLERIA DO PILAR SAROT

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL INTERNA DE  
REGULAÇÃO – CIR DE LEITOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Rosele Ciccone Paschoalick

CURITIBA  
2014

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me dar capacidade, paciência, determinação e força de vontade para aceitar o desafio na elaboração deste trabalho, embora num turbilhão de contratempos, mas com satisfação e a certeza de que o mesmo trará uma grande contribuição para este hospital, Hospital de Clínicas da UFPR, que é referência no estado do Paraná e que estará dentro das diretrizes e pactuações com os órgãos governamentais de saúde, contribuindo com a saúde pública no Brasil, e trazendo mais benefícios para a população que utiliza este imenso sistema de saúde.

À Direção de Assistência do Hospital de Clínicas, no seu representante Sr. Adonis Nars, que confiou-me este desafio, e que de certa forma, contribuirá com a Instituição no cumprimento de mais uma determinação da Secretaria de Saúde para o bom atendimento à população.

A instituição Hospital de Clínicas por fazer parte durante anos de minha formação acadêmica e profissional na área de saúde, dando-me conhecimento e pratica em diversas áreas administrativas, formando uma bagagem empírica do que vem a ser o setor de saúde, dentro do SUS, o que ajudou-me em muito na elaboração desta proposta.

À minha orientadora na pessoa da Sra. Rosele Ciccone Paschoalick, que embora o pouco tempo que tivemos para orientações, conseguiu direcionar-me no caminho para a elaboração deste projeto.

Ao Sr. Valmir Antunes, Gerente da Unidade de Informação, unidade em que estou lotada, pela colaboração e entendimento de minhas ausências ao trabalho, concentrando-me na elaboração deste projeto.

E a todos os colegas que de alguma forma contribuíram, auxiliando-me e dando-me forças e encorajamento para ir em frente.

“Sê como o sândalo que perfuma o machado que o fere”

*Siddharta Gautama.*

## RESUMO

Os Complexos Regulatórios, elaborados por meio da Política Nacional de Regulação e que prevê a operacionalização da regulação do acesso é definida como uma dimensão do processo regulatório em saúde visa formar uma rede de cuidado integral e equitativo para a população que tem o SUS como único e presente instrumento de garantia de atenção à saúde. O Pacto pela Saúde trouxe uma nova perspectiva para o Sistema Único de Saúde, que inclui Diretrizes de regulação e novas possibilidades para a Regionalização e Programação Pactuada e Integrada entre os Gestores Hospitalares e Secretarias de Saúdes Municipais e Estaduais, dentro das três esferas, Governamental, Estadual e Municipal. Esta determinação faz parte das normas contidas no Pacto pela Saúde, e que deve ser implantada dentro do Hospital de Clínicas da UFPR, voltado a garantir o acesso universal e igualitário de todos os cidadãos. Trata-se de um projeto técnico, e pesquisas documentais, utilizando como fonte de dados o Sistema Nacional de Regulação do MS – SISREGIII, Portarias, Normativas, Leis e revisões literárias sobre o assunto em questão. O desenho das parcerias envolvidas na cultura da gestão descentralizada e pactuada, seja no interior do Estado ou entre as esferas, sugerindo um padrão inovador de pacto federativo, Comissões Intergestores (CI), seja entre o Estado e a sociedade compartilhando responsabilidades e decisões, Conselhos de Saúde (CS), pode servir de modelagem para outras áreas de políticas públicas, no intuito da garantia da cobertura da atenção básica, alcançando populações até então excluídas, e um acompanhamento de ganhos em resolutividade e qualidade da atenção. A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi implementada em 2008, visando equalizar o desequilíbrio crônico existente entre a oferta e a procura pelos serviços médico-assistenciais no país, tendo sido implantada em todas as unidades federadas, estabelecendo a criação de Centrais de Regulação e Centrais (Núcleos) Internas de Regulação - CIR nos hospitais públicos e federados. O objetivo é que a Central Interna de Regulação de leito receba das unidades de saúde as solicitações de consultas, exames e internações e direcionem os pedidos conforme os critérios de indicação, baseados na complexidade da assistência e no perfil de cada instituição. Para isso, cada unidade da rede hospitalar pública deve apresentar uma Central Interna de Regulação (CIR), que constitua a interface com as Centrais de Regulação. O papel do CIR é delinear o perfil de complexidade da assistência que a instituição representa no âmbito do SUS, e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento.

Palavras-chave:

Central de Leitos. Resolutividade. Complexo Regulador.

## **LISTA DE SIGLAS**

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
COFINS	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DEPE	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
HC	Hospital de Clínicas
FIDEPS	Fator de incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
FNS	Fundação Nacional de Saúde

FUNPAR	Fundação da Universidade Federal do Paraná
GABA	Gestão da Atenção Básica Ampliada
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação de Leitos
NOAS	Norma Operacional Assistencial de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
REHUF	Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIOPS	Sistema Integrado de Orçamentos Públicos em Saúde
SADT	Serviços de Apoio Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
1.1 APRESENTAÇÃO	9
1.2 OBJETIVO GERAL	11
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICO	11
1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	11
<b>2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA</b>	<b>13</b>
2.1 A POLITICA NACIONAL DE REGULAÇÃO	14
2.2 A REORGANIZAÇÃO DO SUS PELA REGULAÇÃO	18
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>4 A ORGANIZAÇÃO</b>	<b>20</b>
4.1 DESCRIÇÃO GERAL	20
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	21
<b>5 PROPOSTA</b>	<b>24</b>
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	24
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO	24
5.3 – RECURSOS	26
5.3.1 RECURSOS HUMANOS	27
5.3.2 INFRAESTRUTURA	29
5.3.3 RECURSOS FINANCEIROS	30
5.4 RESULTADOS ESPERADOS	29
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS	30
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>32</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

Ao longo do processo de construção do SUS e consequente descentralização dos serviços de Saúde ocorreram avanços na ampliação e na qualificação das ações de saúde, graças a um conjunto de estratégias e normatizações que possibilitaram à gestão do sistema desenvolver um novo papel relacionado a organização e a prestação de serviços. Este novo papel buscou garantir a qualidade da informação e o alinhamento de conceitos e com isto qualificar as atividades de planejamento, regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde prestados à população.

A atividade de Regulação da Atenção à Saúde, inscrita nas diretrizes de Universalidade, Integralidade e Equidade da Atenção, consiste na organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores - públicos e privados-, gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, adequando a complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. (ALBUQUERQUE, 2007).

A Política Nacional de Regulação sendo uma dessas diretrizes, busca assegurar a operacionalização da oferta de serviços de saúde dentro de um fluxo mais eficaz na resposta à necessidade do cidadão. (OLIVEIRA, 2010).

A Central de Regulação de Internação é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros. (PACTO SAÚDE, 2006, vol. 6)

Estas centrais de regulação são estruturas básicas que compõem o complexo regulador; contudo é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, contemplados na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC.

Para ordenar o acesso dos usuários aos serviços especializados de média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, a Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Paraná se empenhou na operacionalização de todos os instrumentos de regulação como PPI (Programação Pactuada Integrada), PDR

(Plano Diretor de Regionalização), PDI (Plano Diretor de Investimentos), CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), Cartão SUS (Cartão Nacional de Saúde), Contratos, dentre outros, ampliando a possibilidade de acesso às ações e serviços de saúde de forma organizada, evitando desperdícios de recursos financeiros e humanos e a não efetivação dos preceitos do SUS. (OLIVEIRA, 2010)

Inserido na rede de referência do Estado do Paraná, o Hospital de Clínicas da UFPR assim como todos os hospitais públicos universitários, dentro de uma nova reformulação da saúde, devem cumprir com as diretrizes do Ministério da Saúde, bem como da Secretaria de Saúde no sentido desta regulação, normatização e pactuação, cumprindo com as condições especificadas no contrato de prestação de serviços à saúde. (MS, PACTO SAUDE, 2006, vol. 06).

O presente trabalho se insere tecnicamente na Política Nacional de Regulação, mais especificamente dentro do escopo da Central de Regulação de Internações – interna de leitos e visa contribuir com a consolidação da regulação em nível institucional, aprimorando o processo de disponibilização de leitos e de oferta de serviços para apoio diagnóstico, ampliando assim, o acesso dos paranaenses aos serviços oferecidos por esta instituição de ensino e pesquisa – UFPR – Hospital de Clínicas.

Atuando na área hospitalar desde 1992, foi observado que a ausência desta estrutura interna de controle e que compromete, em certa medida, com a velocidade de resposta requerida pela rede na disponibilização de leitos. Por outro lado, mecanismos de controles internos são requeridos pelos órgãos reguladores e qualificam a gestão de tão importante interface da instituição com seus pares na rede. O que, facilitará o atendimento e consequente internação do paciente através da porta de acesso deste ao hospital.

Com a implementação da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a equalização e o desequilíbrio crônico existente entre a oferta e a procura pelos serviços médico-assistenciais no país, foi estabelecida e tem sido implantada em toda as unidades federadas, estabelecendo a criação de Centrais de Regulação e Centrais (Núcleos) Internas de Regulação nos hospitais. O objetivo é que a Central Interna de Regulação de leito receba das unidades de saúde as solicitações de consultas, exames e internações e direcionem os pedidos conforme os critérios de indicação, baseados na complexidade da assistência e no perfil de

cada instituição. O que faz com que cada unidade da rede hospitalar pública deva apresentar uma Central Interna de Regulação (CIR), que constitua a interface com as Centrais de Regulação.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Criar uma Central Interna de Regulação de Leitos, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Instituir um Complexo Regulador integrando as centrais abaixo listadas:

- Central de Regulação de Consultas e Exames;
- Central de Regulação de Internações,
- Central de Regulação de Urgências – SAMU

## 1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

A implantação dos complexos reguladores faz parte da reorganização da assistência à saúde e contempla a implantação de centrais de consultas, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de leitos, e também de centrais de regulação de urgência e de um processo de regulação assistencial que considere os aspectos clínicos e os fluxos assistenciais para o acesso. Nesse sentido, o processo regulatório, ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, para ampliar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função.

O Código de Saúde do Paraná através da Lei Nº 13.331, de 23 de novembro de 2001 – nos seus artigos 17, 18 e 19, dispõe sobre a organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no Estado do Paraná. Cabe, portanto a SESA a função de regulação das ofertas de serviços prestados, controlando e avaliando estas ações conforme já pré-definidas na contratualização do Hospital de Clínicas, dispõe também que a regulação é função de gestão e fundamental para o ordenamento do Sistema Único de Saúde – SUS, promovendo a equidade, a integralidade, a resolubilidade e a organização racional dos serviços. (MS, Lei 13.331/2001).

O Hospital de Clínicas não possui em sua estrutura organizacional esta Central de Regulação, ou seja, um controle interno de disponibilização de seus leitos para a comunidade, conforme consta nas diretrizes de Pactos pela Saúde (2006, vol. 6). Tal estrutura vem sendo solicitada pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde ao Hospital para cumprir com uma das diretrizes de contratualização e pactuação do Hospital de Clínicas com a Secretaria Municipal de Saúde.

Uma Central de Regulação dentro do HC permitirá: Identificar os pontos de estrangulamento na assistência à saúde; Identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos clínicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referencias pactuadas na PPI; referenciar as demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela central forem insuficientes para a garantia do acesso; ampliar a capacidade receber e dar resposta a todas as solicitações de atendimentos; fornecer informações à gestão, quanto à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados; e disponibilizar informações para o acompanhamento da PPI (Programação Pactuada Integrada) e de outras programações, como às das redes prioritárias de Atenção à Saúde Materno Infantil – Rede Cegonha e a de Urgência e Emergência. (FRANÇA, 2010).

Com a proposta de implantação, pretende-se criar e integrar a Central Interna de Regulação de leitos do HC com a atividade de regulação e a disponibilidade de leitos hospitalares, através da revisão e aprimoramento dos mecanismos de controle e fluxos de atendimento, com vistas a aumentar a capacidade resolutive da internação hospitalar, sua disponibilidade e rotatividade dos leitos, aumentando assim a eficácia dentro do Hospital de Clínicas da UFPR.

## 2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

### 2.1 A POLITICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

A Política Nacional de Regulação foi implantada por meio da Portaria GM/MS n. 1.559/2008, e esta focada em três eixos estruturantes: recursos financeiros para a implantação, (Portaria GM/MS n. 1.571/2007 e Portaria GM/MS n. 2.907) e para o custeio dos Complexos Reguladores; instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores (Plano Diretor de Regionalização - PDR, Programação pactuada Integrada – PPI, Projeto Centrado à Educação Profissional – PCEP, Contratos e Contratualizações, Protocolos Clínicos - PC, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Cartão Nacional de Saúde – CNS, Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, Sistema Nacional de Regulação – SNR); e programa de capacitação permanente de recursos humanos – PCRH. (BRASIL, 2006a).

De acordo com Brasil (2006a), o Ministério da Saúde define o Complexo Regulador como uma estrutura que congrega o conjunto das ações de regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população. Esses serviços podem ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestões, com os seguintes modelos, nacional: agrupa estado e municípios do território nacional; estadual: agrupa municípios de um estado; regional: agrupa municípios de uma determinada região; municipal: agrupa recursos assistenciais de um dado município; distrital: agrupa recursos assistenciais de um distrito sanitário, dentro de um município.

Saltmann (2002) ressalta que regulação é uma importante macrofunção dos governos, normalmente introduzida pelo gestor local, regional, estadual e nacional ou por uma agencia reguladora, para que os gestores possam prover as ações e serviços de forma mais eficiente e efetiva e disponibilizar serviços com custos adequados, melhorando assim o resultado do setor. É uma função orientada por leis, decretos e protocolos que podem ser questionados judicialmente. Essas ferramentas são usadas em uma variedade de estratégias governamentais para induzir ou conter determinada ação. Além desses instrumentos e estratégias, são necessários à

implementação de mecanismos que requerem capacidade de gerenciamento e equipe capacitada. (SALTMANN, 2002).

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, definiu como processo de descentralização, as ações e serviços de saúde instituídos pelo SUS, e com a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização passou a ser o princípio que orienta a descentralização. Nesta nova perspectiva, a descentralização, no SUS, deve ser entendida como um processo contínuo de compartilhamento de atividades mútuas, por meio da participação de todas as instancias de governo, da sociedade civil organizada e do cidadão. A estratégia de promover a descentralização das ações e dos serviços de saúde por meio de um processo de regionalização baseada na escala e na qualidade e com custos adequados contribuirá para o aprimoramento da gestão do SUS e para o estabelecimento dos limites das funções dos gestores estadual e municipal. (CONASS, 2006).

Dentro da Política Nacional de Regulação esta prevista a operacionalização da regulação de acesso definida como uma dimensão do processo regulatório em saúde que, por meio de Complexos Reguladores, visa conformar uma rede de cuidado integral e equitativo. As ações de regulação estão organizadas em três dimensões, denominadas como Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. (BRASIL, MS 2006, P.12).

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui estabelecida é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta. (BRASIL, MARE, 2006)

O Pacto pela Saúde de 2006, em parceria com a Política Nacional de Regulação, traz ações sintetizadas sobre os complexos reguladores, que são considerados uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e

terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos. (PACTO SAÚDE, 2006, vol. 6).

Segundo Mendes, 2006, estes complexos reguladores, compõem os sistemas logísticos, um dos componentes das redes de atenção à saúde que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. (MENDES, 2006).

A implantação dos complexos reguladores faz parte da reorganização da assistência à saúde e contempla a implantação de centrais de consultas, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de leitos, e também de centrais de regulação de urgência e de um processo de regulação assistencial que considere os aspectos clínicos e os fluxos assistenciais para o acesso. Esta implantação tem o intuito de aperfeiçoar e organizar a relação entre a oferta e a demanda. Qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS, criando condições que respondam às necessidades reais por serviços de saúde. (BRASIL, 2006b).

Conforme, Sousa (2008), o Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, estruturas que compreendem a “ação meio” do processo regulatório. Estas centrais são os locais que recebem as solicitações de atendimento, avaliam, processam e agendam, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do Sistema de Saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviço. Elas atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. (SOUSA, 2008).

Consta nas Diretrizes para a Implantação dos Complexos Reguladores (BRASIL, 2006a), que as Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são classificadas em:

- **Central de Regulação de Urgência:** sua ação é executada conforme posto na Portaria n. 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o



paciente necessita de uma internação será acionada a Central de regulação de Internações.

- **Central de Regulação de Internações-CRI:** é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.
- **Central de Regulação de Consultas e Exames-CRCE:** é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.
- **Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade-CNRAC:** como forma de melhor qualificar o acesso de pacientes a alta complexidade, de forma equânime em todo o país foi criada esta central, que é representada nos estados pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade-CERAC, e que devem estar interligadas às ações regulatórias das demais centrais de regulação. Na prática as CERACs respondem pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumatologia/ortopedia.

As centrais de regulação são estruturas básicas que compõem o complexo regulador, contudo é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, como por exemplo: terapia renal substitutiva, transplantes e os procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC e outros.

A CNRAC e as CERAC são regidas pela Portaria/GM n. 2.309, de 19 de dezembro de 2001, Portaria/SAS n. 589, de 27 de dezembro de 2001 e a Portaria SAS/MS n. 39 de 06 de fevereiro de 2006.

Ferreira (2007) cita que em nível operacional, essa classificação do Complexo Regulador possibilita a organização do acesso aos serviços de saúde em todos os municípios e visa a Regulação do Acesso dentro das diretrizes da regulação da Atenção à Saúde e busca uma atenção básica resolutoria, orientadora e orientadora da Assistência à Saúde, que faça solicitações padronizadas pelos

protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, seguindo os fluxos de referencias e contrarreferencias desenhadas, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território (definições do Plano Diretor de regionalização e da Programação Pactuada e Integrada).

## 2.2 A REORGANIZAÇÃO DO SUS PELA REGULAÇÃO

Para o planejamento do sistema de saúde, é utilizado um arsenal de mecanismos e instrumentos jurídicos e normativos que visam garantir e ampliar o acesso aos serviços e ao procedimento necessários para o atendimento dentro do SUS, de forma que esses mecanismos compreendam atenção básica resolutive, encaminhamentos responsáveis e adequados, e protocolos assistenciais e complexos reguladores entre outros aspectos. (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMEZ, 2012).

Gawryszewski, Oliveira e Gomez (2012) destacam, que dentre essas ações, encontram-se as de regulação da atenção à saúde, que são responsáveis em reconhecer as demandas, classificá-las e dar a resposta exigida por essas necessidades; e a regulação do acesso à assistência, que tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, efetivada pela disponibilização da alternativa mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, às consultas, aos exames, aos leitos e a outros que se fizerem necessários.

A Regulação deve ser pensada como um dos princípios norteadores do SUS, e não apenas como uma forma de racionalizar os poucos recursos existentes. O Complexo Regulador tem por pressupostos básicos a universalização, a descentralização, a regionalização e a hierarquização e deve ter por objetivo a utilização racional de todos os meios disponíveis, a integração e a maximização da utilização de todos os recursos humanos, materiais e financeiros existentes. A sua função reguladora no SUS representa a organização dos fluxos dos pacientes no sistema. (LOCKS, 2002).

Para uma efetiva regulação, é necessário ser amparada pelo fortalecimento da atenção básica de saúde, considerada a “porta de entrada do SUS”, por meio do acompanhamento do paciente em todas as etapas de atendimento e possibilitando o cumprimento do princípio da integralidade. A gestão deve contar com ferramentas e

apoio técnico para promover um único e coordenado sistema gerador de ações em saúde para a população. (SILVA *et al*, 2012).

Um Complexo Regulador (CR) estrutura a relação entre os vários serviços tanto ambulatoriais como hospitalares, formando uma rede de atenção, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos são recebidos, avaliados e hierarquizados, dando uma resposta de acordo com as necessidades de cada caso e acompanhamento da solução. (OLIVEIRA, 2010).

Os fatores que agem na demanda por serviços de saúde são variados, destacando-se os aspectos que envolvem a necessidade da população e o fluxo de programação, dentro da lógica da regionalização solidária, que devem ser visualizados e fortalecidos com o planejamento de gestão para estruturação de uma Central de regulação eficaz. (SILVA *et al*, 2012).

O Brasil tem hoje, após a implantação do SUS, diferentes aspectos da realidade do atendimento à saúde, de modo que é necessário avançar na implementação de alterações estruturais nas formas de organização, gestão, regulação, acesso, controle e avaliação da oferta de serviços.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto técnico cuja metodologia de implantação e regramento estão previstos no Sistema Nacional de Regulação do MS – SISREGIII, um sistema de informação do Ministério da Saúde, bem como em portarias, normas e diretrizes da saúde, e nos manuais e instruções de implantação da central reguladora de leitos para os hospitais contidas no Plano Nacional de Regulação do Ministério da Saúde.

O Plano de Implantação para uma Central de Leitos é um modelo disponibilizado no site da Secretaria Estadual de Saúde, através do SISREGIII, que apresenta manuais de implantação, operação, autorização para as internações através de uma Central Interna de Regulação de leitos, assim como a minuta para utilização do Software que fará toda a operacionalização e troca de informações com os órgãos competentes. E é o que se pretende criar com este trabalho, uma Central Interna de Regulação de leitos, no hospital de clínicas da UFPR.

A constituição dos Complexos Reguladores permitirá aos gestores articular e integrar os dispositivos da Regulação do Acesso, como as Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos de Regulação com as outras ações regulatórias de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação, regionalização, planejamento, financiamento, etc.

Para tanto se fará necessária uma pactuação (contratualização) com os prestadores, formalizada através de contratos, a atualização dos cadastros de estabelecimentos de saúde (CNES) e do cadastro nacional de saúde (CNS).

## 4 A ORGANIZAÇÃO

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) foi inaugurado em 1961, como órgão suplementar da Universidade, vinculado à Pró-Reitoria de órgãos suplementares.

### 4.1 DESCRIÇÃO GERAL

O Hospital de Clínicas da UFPR, atualmente, é o maior hospital público do Paraná, o terceiro estabelecimento universitário federal do país de ensino público, que disponibiliza 100% dos seus leitos para o SUS, está em processo de obter a Certificação da ONA, como nível 1 de Hospital Acreditado. É um hospital de atendimento terciário, ou seja, possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos de alta complexidade e consultas especializadas, realizando exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. Está totalmente inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) e, como hospital-escola da UFPR, atua na formação de diversos profissionais da área da saúde.

Possui aproximadamente 2900 funcionários, entre médicos, profissionais de enfermagem e demais áreas. Além disso, também atuam no HC cerca de 359 professores de medicina, 250 voluntários, 306 residentes de medicina e 76 multiprofissionais.

Sua área construída contempla 63.000 m<sup>2</sup>, por onde circulam diariamente, cerca de 11 mil pessoas. São quase 96 mil (96.488) pacientes atendidos em média por mês, com 1.237 internações e 634 cirurgias/mês. Esses atendimentos são realizados entre os 220 consultórios instalados, sendo desses 59 para atendimentos de especialidades. Disponibiliza para o SUS, uma capacidade instalada de 493 leitos hospitalares e 60 leitos de UTI. Apresenta uma média de permanência de ocupação do leito (internação) de 7,3 dias. (Relatório Atividades HC 2012).

Para atender todas as despesas de custeio e capital, o Hospital de Clínicas conta com um orçamento de 100 milhões ao ano. (Relatório Atividades HC 2012).

A missão do HC é “Prestar assistência hospitalar acreditada a comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão”. A visão: “Ser Hospital de Ensino da UFPR de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão das diferentes áreas da saúde, inserido no Sistema Único de Saúde com atendimento de referência nos níveis terciários e quaternários e, articulado com

outras instâncias da Universidade Federal do Paraná nos níveis primário e secundário”. Sua política de qualidade tem como diretriz: “Garantir a busca pela excelência através da melhoria contínua dos seus processos de assistência, ensino e pesquisa”.

O Relatório da Pró-reitoria de Planejamento, Orçamento e Finanças – PROPLAN de 2013 da UFPR, do HC apresenta dados referentes aos números de atendimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e partos realizados entre os anos de 2009 a 2013, assim como um demonstrativo percentual de atendimento prestado à comunidade oriunda de fora da capital.

Durante o período de 2013 foi realizado 783.159 atendimentos ambulatoriais; 148.634 atendimentos de emergências, 12.046 Internações, 6.005 Cirurgias e 1.175 Partos. (RELATORIO PROPLAN, 2013).

Outro dado importante é a procedência do paciente, em percentual de atendimento no Hospital de Clínicas, cuja média durante 2012 e 2013 ficou em 56,05% da Capital (Curitiba), 25,84% vem da Região Metropolitana de Curitiba, 14,53 de outros Municípios e 3,58 oriundos de outros Estados. Segundo conta no Relatório de Atividades do HC 2012-2013.

#### 4.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Várias políticas de saúde têm sido formuladas e implementadas para garantir a equidade na distribuição de recursos e serviços de saúde respaldada pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

As Unidades e Centros de Saúde da capital utilizam o programa de liberação de leitos disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde para realizar os agendamentos de consultas e exames, não há ainda dentro de um hospital público da capital nenhuma forma regulada de liberação de acesso destes leitos, para permitir a marcação diferenciada para os casos mais críticos, ou seja, aqueles casos de urgência/emergência, pois o HC não dispõe desta modalidade de atendimento, e esta central interna poderá fazer o internamento assim que houver a solicitação das unidades de saúde, conforme conta nos anexo, Fluxos Operacionais para Regulação, Etapa Intra-Hospitalar, para liberação/autorização do leito. Ou até mesmo a liberação de um leito para uma situação de emergência dentro do próprio Hospital de Clínicas. O controle de marcações de consulta através de lista de espera

existe apenas para as consultas especializadas e não emergenciais e para os casos dos exames especializados, não há nenhuma forma de controle, ou prioridade, o que resulta no total desconhecimento, por parte da gestão, sobre a necessidade deste serviço.

O que se faz imprescindível à criação desta Central Interna, reguladora de leitos dentro do Hospital de Clínicas da UFPR.

Hoje dentro do hospital de clínicas para se conseguir um internamento, é necessário que o paciente seja oriundo da porta de acesso, vinda do posto de saúde – de atenção básica, onde a consulta inicial é pré-agendada no posto ou unidade de saúde e esta envia para a Secretaria de saúde, que através de seus mecanismos agenda o encaminhamento para onde dispuser de vaga para o atendimento. Uma vez diagnosticado o procedimento clínico ou cirúrgico, o médico emite uma AIH cujo internamento deverá ser autorizado pela Secretaria de Saúde. Em algumas vezes, dependendo do caso, o paciente é quem vai até a Secretaria solicitar esta liberação em outros a coordenação do hospital de clínicas é quem liga para a Secretaria solicitando tal liberação de leito, para aí então o paciente internar na data pré-estabelecidas.

A assistência pré-hospitalar a urgência emergência está estruturada sob dois eixos: o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências – SIATE e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU.

O SAMU é responsável pelas emergências clínicas e está implantado em 14 municípios, e atende às diretrizes de regionalização da atenção às urgências. O Paraná tem-se 05 pólos micro-regionais: Curitiba (envolvendo Curitiba e São José dos Pinhais), Londrina (Londrina, Ibiporã e Cambé), Maringá (Maringá, Paiçandu e Sarandi), Apucarana (Apucarana e Arapongas), Ponta Grossa (Ponta Grossa e Castro); além do município de Guarapuava.

Ele auxiliará na interface com o HC quando houver a necessidade de transportar um paciente atendido em uma das “Portas de Entrada do Sistema de Saúde”, conforme consta nos anexos – Fluxo Geral da Regulação.

A Central de Regulação de Consultas e Exames é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não. (MS, PACTO SAÚDE, 2006, vol. 6)

Estas centrais introduzem a figura do regulador, que atua sobre Consultas e Exames para os quais não há agenda ou recursos disponíveis, porém há a necessidade de garantir o atendimento. É responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não. Na central de regulação das internações, o regulador atua sobre as situações que necessitam de internações de urgência. Ele é responsável também pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros. Na central de regulação de urgência, atua sobre as situações que requerem intervenção imediata, que podem gerar a necessidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar de urgência. (CONASS, 2006).



## 5 PROPOSTA

Com a proposta de implantação, pretende-se criar e integrar a Central Interna de Regulação de leitos do HC com a atividade de regulação e a disponibilidade de leitos hospitalares, através da revisão e aprimoramento dos mecanismos de controle e fluxos de atendimento, com vistas a aumentar a capacidade resolutiva da internação hospitalar, aumentando sua eficácia e efetividades dentro do Hospital de Clínicas da UFPR.

O Pacto pela Saúde define o Complexo Regulador como uma estratégia da Regulação Assistencial, que consiste na articulação e integração das Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais, com a contratação, controle assistencial, avaliação, a programação (PPI) e a regionalização (PDR). (MS, PACTO SAÚDE, 2006, vol. 6).

O SISREG – Sistema Nacional de regulação é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica a internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização de recursos. Deverá se solicitado a autorização para uso dele na implantação da central interna de regulação.

### 5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

O Ministério a Saúde, através das diretrizes para implantação de Complexos Reguladores de Acesso, determina medidas e instrumentos que viabilizam a implantação e/ou estruturação de uma estrutura de Regulação, a saber:

O Plano de Regulação deverá ser elaborado com a identificação das necessidades de saúde da região de abrangência (Parâmetro de Necessidade da portaria n. 1.101/02, Análise da Situação de Saúde da região. (ver em anexos)

Após preparar todos os documentos necessários, pode-se dar inicio a implantação desta Central Interna de Regulação dentro do Hospital de Clínicas.

### 5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Através do Protocolo de Acesso, a implantação para será elencada de três maneiras: **Rotina:** compreende aqueles encaminhamentos que não possuem nenhuma referencia quanto à gravidade ou à prioridade de marcação. Deverão

seguir rigorosamente uma ordem cronológica de entrada na lista de espera do Centro de Saúde; **Prioridade:** compreende aqueles encaminhamentos cuja demora na marcação altera sobremaneira a conduta a ser seguida, ou seja, a demora implica em quebra do acesso a outros procedimentos. A prioridade no atendimento será registrada pelo médico assistente do paciente, ou indicada pelo Coordenador da Unidade, sendo obrigatório o preenchimento de sua justificativa. Estes encaminhamentos agendados como prioritários se darão através da regulação; e **Urgência:** compreende aqueles pacientes que não podem, em hipótese alguma, aguardar a espera através de lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos. Estes encaminhamentos são registrados exclusivamente pelo médico assistente do paciente e devem conter, detalhadamente, a justificativa clínica e a hipótese diagnóstica.

Deste modo, o acesso aos casos prioritários e urgentes passa a ser garantidos, sem interferir no agendamento de rotina, pois são destinadas vagas específicas para a regulação, que são distintas daquelas destinadas ao agendamento de rotina, através da fila de espera, o que torna o acesso mais equânime. Para agilizar a fila de espera ocorre a distribuição das cotas físicas para as Unidades de Saúde, sendo esta distribuição realizada com base na quantidade total de consultas e exames especializados programados no SISREG – oferta municipal, dividido através da aplicação de parâmetros assistenciais e de necessidade.

A operacionalização será feita através da implantação progressiva da Central Interna de Regulação de Leitos dentro do Hospital de Clínicas segundo o PPI e PDR Estadual, e uma Central de Consultas e Exames no Complexo Regulador Estadual. Esta CIR fará internações eletivas e de urgência e concomitantemente se buscará a articulação dessa central, com as outras Centrais (SAMU, UPA, US).

O Ministério da Saúde em parceria com DATASUS desenvolveu um software (SISREG III) que deverá ser requerido pelo órgão interessando, na implantação da Central de Regulação, assim como manuais detalhados de como fazer a execução das atividades correlatas à autorização/liberação de leitos, Operador executante ou solicitante de internação.

Consta em anexo, relação de instrumentos necessários e exigidos pelo Ministério da Saúde para a implantação e operacionalização de uma Central de Regulação.

### 5.3 – RECURSOS

Com a criação da Central Interna de Regulação no HC, se fará necessário para sua estruturação recursos humano e infraestruturas, conforme descritos.

#### 5.3.1 RECURSOS HUMANOS

A estruturação exigirá um quantitativo de profissionais capacitados, responsáveis pela execução de ações específicas. Os perfis dos profissionais que devem atuar exclusivamente junto às estruturas de regulação, deverão ser:

**Coordenador:** Responsável pelas questões relativas ao funcionamento global da central de regulação em conformidade com as diretrizes e rotinas estabelecidas, como: instituir as escalas de trabalho e conduzir as relações de pactuação, sendo o coordenador o principal interlocutor entre a gestão, o complexo regulador ou central interna e a rede de serviços.

**Regulador:** Executa a avaliação técnica de laudos, promove o agendamento das consultas e o processo de internação dos pacientes, baseado em critérios clínicos, com ênfase nos protocolos de regulação. Uma das funções reguladoras mais importantes é o processo de autorização para realização de procedimentos, seja pela alocação do leito ou do procedimento ambulatorial, seja pela distribuição de cotas para os demais procedimentos ambulatoriais.

Atribuições básicas dos profissionais da regulação:

- Atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados;
- Definir a distribuição de cotas;
- Monitorar a demanda que requer autorização prévia, por meio de AIH e APAC;
- Verificar as evidências clínicas das solicitações e o cumprimento dos protocolos de regulação, por meio da análise de laudo médico;
- Autorizar ou não a realização do procedimento;
- Definir a alocação da vaga e dos recursos necessários para o atendimento;

- Avaliar as solicitações de alteração de procedimentos já autorizados e a solicitação de procedimentos especiais, além de orientar e avaliar o preenchimento dos laudos médicos.

**Atendente de Regulação/Videofonista:** Responsável pelo agendamento de procedimentos a partir das solicitações formuladas através do preenchimento de laudos ou a partir de informações prestadas por telefone e/ou outros meios de comunicação.

Importante ressaltar que o quantitativo de recursos humanos do Complexo e/ou Central dependerá do porte, da estrutura e da necessidade local, não havendo, portanto, indicação inflexível de necessidades nesse sentido.

Algumas funções como o suporte técnico e de manutenção para sistema de informação, banco de dados e equipamentos de informática, além da manutenção do ambiente das centrais de regulação não precisam compor sua estrutura de recursos humanos, podendo estar alocados nas estruturas gerais do próprio Hospital.

Mas caso o gestor opte por uma estrutura própria para a operação, administração e manutenção das ferramentas informatizadas, serão necessários profissionais especializados, com perfil definido de acordo com a atividade exercida e a necessidade técnica de conhecimento específico, serão elas: Administrador de Banco de Dados, Administrador de Rede e Técnico de Informática.

Outras funções da estrutura de regulação são as supervisões hospitalares e ambulatoriais, que atuam conforme a decisão e a necessidade local, devendo avaliar os fluxos estabelecidos e a relação dos serviços com a regulação.

A Central funcionará ininterruptamente, 24 horas por dia e para tanto, conforme descrição dos perfis exigidos, serão necessários 3 (três) profissionais por turno, ou seja, um total de 09 pessoas que serão treinadas e qualificadas para exercer as funções acima. O primeiro curso de capacitação para a Central de regulação Interna será realizado presencialmente em Brasília/DF no Ministério da Saúde, e na sequência na própria Secretaria de Saúde do Município em caráter de capacitação contínua, trazendo competência e transparência para a área de regulação e formação de equipe estratégica para operacionalização das atividades necessárias. Estes profissionais deverão pertencer ao quadro próprio do Hospital de Clínicas, funcionários da FUNPAR e/ou servidores da UFPR.

A capacitação contínua destes profissionais, e de possíveis outros, da própria Instituição, faz-se necessário para suprir futuras reposições ou rotatividade destes profissionais, estabelecendo um processo de capacitação permanente de recursos humanos,

### 5.3.2 INFRAESTRUTURA

A infraestrutura física que comporta uma central de regulação deve ser proporcional às ações regulatórias que serão realizadas, ou seja, no Hospital de Clinicas haverá inicialmente a necessidade de uma Central Interna de Leitos, não de exames e/ou consultas. Sendo assim deverá ser alocada em espaço adequado e distribuídos para acolher as atividades que compõem a rotina da estrutura, e os profissionais necessários para execução das atividades. Uma área para regulação, coordenação, e administração de sistemas de informação, de repouso – caso funcione 24 horas por dia. O Hospital de Clinicas já possui uma área reservada para repouso, caso necessário. Os insumos necessários para compor cada um desses ambientes também devem ser considerados, como: estações de trabalho informatizadas, aparelhos telefônicos, aparelhos de FAX, impressoras, equipamentos audiovisuais, além de todo mobiliário, são itens fundamentais para o funcionamento adequado da Central de Regulação. Os insumos citados para a área específica da Central ainda não estão previstos, apenas orientados para viabilizar o funcionamento da referida Central Interna de Leitos e sua implantação.

A Infraestrutura de informática, muito importante numa atividade como esta, consiste nas ferramentas informatizadas da central e da rede de serviços que compõem o fluxo de informações de regulação. Os equipamentos, os sistemas de informação, os sistemas operacionais, as bases de dados, além da estrutura necessária para a manutenção destas ferramentas, fazem parte das necessidades que integram a infraestrutura de informática para a regulação. Algumas informações devem ser levantadas para se obter o dimensionamento adequado de abrangências e volumes para definir as seguintes necessidades da central: acesso à internet com dimensionamento adequado para a central de regulação e para as unidades solicitantes e executantes; recursos de telefonia para a central telefônica e para as linhas telefônicas convencionais; recursos adequados para funcionamento da área de alocação dos servidores de dados e de aplicação, cumprindo os critérios de restrição

do ambiente; climatização adequada; fornecimento de energia estável e tolerante a falhas e conectividade de alta disponibilidade.

O Hospital de Clínicas possui um Serviço de Informática, altamente capacitado e provido de todos os recursos necessários para colaborar com a implantação e disponibilizar todos os acessos, equipamentos e profissionais para atuarem na viabilização e suporte contínuo necessário para o bom funcionamento da Central Interna de regulação.

A integração destes recursos com a informatização geral da rede, será imprescindível, para o desempenho das atividades com sucesso. Haverá somente necessidade de contato entre o Hospital de Clínicas, o Ministério da Saúde e o DATASUS para liberação do software de implantação e regulação da central, assim como acerto dos detalhes necessários para essa integração.

### 5.3.3 RECURSOS FINANCEIROS

As normatizações referentes aos Recursos Financeiros para a implantação e o custeio da Central de Regulação deverão ser estabelecidas no Plano de Regulação que deverá ser elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS através da Coordenação de Urgência e Emergência – COUR/Diretoria de Atenção Especializada – DAE e Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde – DIREG/Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde – SUREG, em parceria com COSEMS/Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Estas normatizações ainda serão negociadas, após a autorização da direção de assistência a fim de estabelecer e prever todos os recursos financeiros a cerca do projeto de implantação. Como é uma central a ser implantada, não se tem bases fundamentadas para isso, portanto a necessidade de reunir os órgãos acima para pactuarem a oferta de serviços e seu posterior fluxo de recebimento.

### 5.4 RESULTADOS ESPERADOS

Um dos principais problemas que necessitam de enfrentamento, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários ao SUS, é a regulação, em todas as áreas. Com a criação do Complexo Regulador, pretende-se implementar as atividades de regulação, controle, avaliação e auditoria das internações, consultas e exames especializados no SUS e promover a articulação e integração das Centrais

de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais dos serviços hospitalares vinculados ao SUS.

Espera-se com a implantação desta Central de Regulação Interna, cumprir as diretrizes de implantação e uma maior rotatividade de leitos e maior acesso do usuário, com leitos disponíveis aos que realmente necessitam. Isso reduzirá o tempo de ocupação dos leitos, dando mais autonomia para o gestor hospitalar, controlar a real e necessária permanência do paciente para seu procedimento e/ou tratamento, controlar o tempo de internação em determinada unidade; remaneja-lo caso necessário para outro leito de menor ou maior permanência e assim liberar para outro paciente. Esta autonomia o Hospital conseguira com a implantação.

## 5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Um dos pontos importantes é o fator de resistência a mudanças, que existe dentro do próprio local onde será implantada a central.

O fato de parecer uma atividade nova, causará de início um estranhamento por parte dos atuais funcionários do HC, e talvez até pouca aceitação por parte das pessoas envolvidas que terão que trabalhar com esta nova atividade. Existe hoje dentro do HC um estado de desmotivação por parte dos funcionários, devido aos problemas repercutidos na mídia sobre a situação dos Hospitais Universitários no Brasil e a adesão pela empresa EBSERH, o que causa um sentimento de insegurança e espera sem saber o que será feito efetivamente com o pessoal que ali trabalha isso é um fator real que poderá dificultar um pouco a implantação desta central interna. E como não há ainda nada de concreto sobre isso, aguarda-se decisão do reitor da Universidade Federal para resolução desta questão interna.

Como o HC é referencia em seus atendimentos, com esta implantação, terá que se observar como será regido o quantitativo de leitos e o critério destas internações, ou seja, se os leitos serão disponibilizados para todo o Paraná ou se ficará restrito a uma única Unidade de Pronto Atendimento – UPA, que entrará em funcionamento ainda no primeiro semestre de 2014 dentro do Hospital de Clínicas e que atenderá as emergências, encaminhando para internação no Hospital de Clínicas ou outro referenciado.

Para resolução deste problema, será necessário estabelecer na pactuação e acordo com a Secretaria Municipal, quantos leitos serão destinados a cada UPA e quais poderão encaminhar para o HC, pois caso contrário, haverá mais solicitações do que capacidade de leitos disponíveis para internar via estas portas de acesso.

Mesmo o HC tendo 50 anos de sua fundação, a grande maioria não sabe que o mesmo não dispõe de uma central interna de regulação de leitos e nem imagina pra que serve. Isso poderá ser entendido erroneamente, como uma imposição do hospital e não como parte integrante de melhores condições para o atendimento à saúde e acesso do paciente.

Outro fator a considerar é o repasse financeiro, oriundo de internações realizadas e que se forem glosadas pela Secretária de Saúde, irá impactar na diminuição do valor recebido por AIH para o hospital, ou seja, caso aja duas ou mais internações para o mesmo paciente, dentro do mesmo mês e sendo mesmo diagnóstico, mas em hospitais diferentes, uma das AIH's (autorização de internação hospitalar) será glosada e devolvida ao segundo hospital que fez a internação para que possa ser feita a justificativa deste internamento, para só então ser reenviada à Secretaria Municipal de Saúde, e esta, proceder ao pagamento da referida internação. Este é um fator que ocorre e que acaba saindo do controle do gestor. E este atraso no recebimento da internação, impactará no orçamento e gasto futuro na instituição com o internamento. Caberá ao próprio Hospital de Clínicas, através da Direção Geral do HC, em conjunto com o setor de faturamento de AIHs criarem elaborarem mecanismos de controle a ser definidos, para controlar estas internações a fim de não gerar este tipo de problema.

Deverá ser criado e distribuído para toda comunidade interna e externa, manuais explicativos do funcionamento da Central Interna de Leitos no âmbito hospitalar, evitando assim distorção do que é oferecido e como é oferecido este serviço para a comunidade.



## **6. CONCLUSÃO**

Esta proposta traz o desejo de se fazer um planejamento para organizar a Regulação de Acesso dentro das Diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, a fim de termos uma atenção básica resolutive – ordenada e orientada da Assistência à Saúde, que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referencia e contra-referencia elaborados, mesmo o estabelecimentos não estando localizados em seu território.

Um dos princípios doutrinários do SUS é o da equidade, ou seja, tratar cada qual segundo suas diferenças. A única forma de alcançarmos este fim é através da Regulação, para que consigamos estabelecer redes de assistência, aperfeiçoar os recursos e reduzir a ociosidade do sistema.

## REFERÊNCIAS

BRASIL .Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Série pactos pela saúde. Vol. 4. Brasília, 2006.

BRASIL .Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Série pactos pela saúde. Vol. 6. Brasília, 2006.

BRASIL. Código de Saúde do Paraná. Lei nr. 13.331, de 23 de novembro de 2001. Dispõe sobre a organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no Estado do Paraná. **Editadas pela SEA/ISEP**. Curitiba, Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Codigo\\_Saude.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Codigo_Saude.pdf)>. Acesso em: 28/01/2014.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição**: Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentação/Portaria/SIOPS/201163.htm>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 27/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 2.309, de 19 de dezembro de 2001. Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 21 dez. 2001. Seção 1. p. 355.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n. ° 39, de 6 de fevereiro de 2006. Institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – (CNRAC). **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 7 fev. 2006. Seção 1. p. 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n. ° 505, de 08 de agosto de 2002. Implementa a atuação da Central de Regulação de Alta

Complexidade (CNRAC) em nível ambulatorial, exclusivamente para os procedimentos do grupo 26 – Hemodinâmica. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 12 ago. 2002. Seção 1. p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 589, de 27 de dezembro de 2001. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 28 de. 2001. Seção 1. p. 184.

BRASIL.Ministério da Saúde. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da atenção primária**. Brasília, 2003.

BRASIL.Ministério da Saúde. SIREG. **Sistema de Regulação do Ministério da Saúde**. Brasília. Disponível em <<http://sisregiii.saude.gov.br>> . Acesso em: 28/01/2014.

FERREIRA, J.B.B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FRANÇA, E.C. da; MUSTO, K.C. e ROCHA, P.F. **A central estadual de regulação-CER e o contexto da regulação assistencial no estado da Bahia**: estudo de caso de um processo em construção. Monografia (Especialização em gestão hospitalar para o SUS-BAHIA) - Escola de Administração Salvador, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010

GAWRYSZEWSKI, Bonder, Ana Raquel; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de regulação**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2012.

HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Relatório de Atividades 2010/2011**. Curitiba, 2012.

LOCKS, Maria Teresa Rogério. **Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso**. Dissertação Programa de Pós-Graduação em Saúde Publica Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2002.

MENDES, H.W.B.; ALMEIDA, E.S. **Regionalização da assistência saúde:equidade e integralidade na perspectiva de gestores**: O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 29, v.29, n. 1, jan.-mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, departamento de regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.

Ministério da Saúde. **Manual do Regulador Autorizador**. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/1485-Manual do Regulador/Autorizador-Sisreg III](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/1485-Manual%20do%20Regulador/Autorizador-Sisreg%20III)>. Acesso em 28/01/2014.

Ministério da Saúde. **Manual do regulador Operador – SISREG III**. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/1483- Manual do Regulador/Operador-Sisreg III](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/1483-Manual%20do%20Regulador/Operador-Sisreg%20III)>. Acesso em 28/01/2014.

Ministério da Saúde. **Plano de implantação – SISREG III**. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2364 - Plano de Implantação – Sisreg III](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2364-Plano%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Sisreg%20III)>. (ativar o software). Acesso em 28/01/2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Regulação no setor saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, 2004. Mimiografado.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do MS. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

OLIVEIRA, Robson Rocha de. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2010.

SALTMANN R.B.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems**. Open University Press Buckingham, Philadelphia. WHO, 2002.

SILVA, Maria Verônica Sales da *et al.* **Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE**: Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, maio 2012.

SOUSA, WANESSA Rezende. **O complexo regulador como instrumento de gestão do SUS, em Mato Grosso: um estudo de Caso**. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, MT, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Pró-reitora de Planejamento, Orçamento e Finanças. **Relatório de gestão 2009/2013**. Curitiba, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas, **Referências/Norma** para apresentação de documentos científicos; 4. Curitiba, Ed. UFPR, 2007. 120 p.

## **ANEXOS**

ANEXO A - Regras de Calculo para o Dimensionamento de Complexos Reguladores

ANEXO B - Fluxos Operacionais para Regulação

ANEXO C - Instrumentos Necessários para Implantação/Implementação de  
Complexo Regulatório e Centrais de Regulação.

## ANEXO A

### REGRAS DE CÁLCULO PARA O DIMENSIONAMENTO DE COMPLEXOS REGULADORES (Brasil, MS. 2006, p.12)

#### 1. Cálculo da quantidade de Reguladores Simultâneos:

$$(((PT \times PA)/TH)/CPH)=RS$$

Onde: PT= População Total, PA= Parâmetro de necessidade, TH= Total de horas de funcionamento da central de regulação – CR no período de um ano, CPH= capacidade produtiva (regulador/hora) e RS= Reguladores simultâneos.

#### PT - População Total

Considerar a população total da área de abrangência da Central de Regulação.

#### PA - Parâmetro de Necessidade (habitante/ano)

- Internação: Considerar o parâmetro de internação por habitante/ano indicado na Portaria GM/MS 1.101, de 12 de junho de 2002. (0,08 internações por habitante/ano).
- Procedimentos Ambulatoriais: Considerar parâmetros estaduais, a partir do quociente entre a produção de determinados procedimentos ambulatoriais e a população total da área de abrangência da Central de Regulação. (Procedimentos ou grupo de procedimentos considerados: hemodinâmica, TRS, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, medicina nuclear in vivo, radiologia intervencionista e tomografia computadorizada).

#### TH - Total de horas de funcionamento da CR no período de um ano

- Centrais de Regulação de Internações Hospitalares (considerar 24h/365 dias se for ininterrupta);
- Centrais de regulação de procedimentos Ambulatoriais (considerar 12h/240 dias).

CPH - Capacidade Produtiva (regulador/hora)

Considerar a produção média de laudos/hora.

RS – Reguladores Simultâneos

- Definem o total de reguladores simultâneos, norteados o dimensionamento de tamanho do ambiente de regulação e serviço como parâmetro para dimensionar a necessidade de videofonistas (considerar o dobro de videofonistas simultâneos em relação ao total de reguladores simultâneos).

## **ANEXO B**

### **FLUXOS OPERACIONAIS PARA REGULAÇÃO**

#### **ETAPA INTRA-HOSPITALAR**

##### **1. Unidade de Saúde Solicitante – USS**

###### **Médico Assistente – MA**

- Acolhe, avalia, trata (estabilização) e decide a necessidade de transferência do paciente
- Realiza Relatório Médico/Relatório de referencia e Contrarreferencia, este deve ser completo, contendo:
  - ❖ Dados de identificação do paciente;
  - ❖ Historia clínica sucinta, porém contendo todas as informações inerentes ao quadro atual e doenças pré-existentes/co-morbidades, exame físico detalhado com destaque para o dados vitais e níveis de consciência;
  - ❖ Exames recentes – Laboratoriais e de Imagem;
  - ❖ Terapêutica instituída/droga em uso;
  - ❖ Justificativa da transferência;
  - ❖ Tipo de transporte a ser utilizado (Conforme Resolução CFM n. 1.6720/2003, Art. 1º, inciso VIII);
- Encaminha o relatório a “ala de regulação” da Unidade de Saúde – US, a qual deve estar equipada com pelo menos 01 computador, 01 estabilizador, 01 aparelho de fax/telefone.

###### **Auxiliar de Regulação – AR**

- Insere o laudo no SISREG III ou na impossibilidade, se tratar-se de Urgência/Emergência, encaminha para a Central de regulação – CR via FAX.
- Visualiza no sistema SISREG III ou recebe informação telefônica da CR sobre a disponibilidade do recurso solicitado, e esta deve ser



repassada para o MA/Assistente Social – AS, que viabilizará o transporte.

#### **Medico Assistente - MA**

- Solicita transporte inter-hospitalar através do preenchimento de ficha de referencia e contra-referencia e encaminha para a CR.
- Suporte Básico: cada US é responsável pelo transporte de seus pacientes, conforme Política Estadual de Regulação.
- Suporte Avançado: o mesmo deverá ser solicitado ao SAMU Regional de sua abrangência ou, no caso da ausência deste serviço, o município de origem do paciente, deverá disponibilizar o referido transporte, conforme Política Estadual de Regulação.

### **2. Unidade de Saúde Executante – USE**

#### **Medico Assistente – MA**

- MR CR realiza contato telefônico com MA informando os dados de identificação do paciente a ser encaminhado com quadro clínico e demais informações descritas anteriormente, além de informar visualização da disponibilidade de leito nesta USE.
- MR CR autoriza no SISREG III o encaminhamento pactuado com MA para a USE, autorização que deve ser visualizada por AR.

#### **Auxiliar de Regulação**

- Verifica o encaminhamento/autorização do MR no SISREG III (com a reserva de leito).
- Efetua a internação no ISREG III, após a admissão do paciente na referida unidade hospitalar.

## ETAPA INTRA CENTRAL DE REGULAÇÃO

### **Auxiliar de Regulação**

- Recepcionista faz a solicitação de Transferência ou da Internação via Sistema SISREG III, por telefone ou fax na própria unidade.

### **Medico Regulador**

- Avalia a pertinência da solicitação de transferência ou de permanência na USS.

### Transferência Inter-hospitalar

- Avalia se os dados informados estão completos;
- Classifica o Risco e o Grau de Urgência do caso utilizando os Protocolos de regulação do Acesso;
- Define o perfil assistencial do paciente
- Verifica a disponibilidade de vaga de acordo com o PDR e PPR vigente;
- Decide, através das informações fornecidas, utilizando-se do principio da equidade, com base na grade assistencial pactuada, qual o melhor encaminhamento para o paciente, realiza com a USE informando quadro clinico e discute o encaminhamento.

### Internação na Própria Unidade

- Avalia se os dados informados estão completos;
- Classifica o Risco e o Grau de Urgência do caso utilizando os Protocolos de regulação do Acesso;
- Define se o perfil assistencial do paciente se enquadra no perfil da USS;
- Verifica a disponibilidade de vaga;
- Decide, após análise de todas as solicitações efetuadas a CR, baseando-se no principio da equidade, a autorização do paciente solicitado;
- Efetua a autorização no SISREG III;
- Autoriza o transporte, de acordo com o pactuado com o MA.

## ETAPA DO TRANSPORTE AEREO INTER-HOSPITALAR

### Unidade de Saúde Solicitante

- Entra em contato com a CR vias Sistema SISREG III, telefone ou Fax;
- MA solicita Transporte Aéreo, justificando.

### Medico Regulador

- Avalia a pertinência da solicitação e decide em parceria com a MA o tipo de Transporte.

### Transporte de Suporte Avançado Aéreo

- O MR da CR solicita a Central Estadual de regulação – CER, de acordo com a origem do paciente, o referido transporte através de telefone, sistema informatizado ou Fax;
- O MR da CER viabiliza o referido transporte;
- O MR da CER informa ao MR da CR os horários e previsões de voo;
- O MR da CR será responsável:
  - ❖ Providenciar o veículo que ira transportar o paciente (contatar SAMU local, Ambulância da Unidade Hospitalar, Ambulância Contratada ou outro);
  - ❖ Autorizar o deslocamento do transporte terrestre até o aeroporto de pouso da aeronave, conforme horários informados pelo MR da CER.
- O MR da CER será responsável por providenciar o transporte terrestre do aeroporto até a USE;
- O MR da CER/MR CER acompanha o processo até a sua finalização (admissão do paciente na USE).

## **FLUXO GERAL DA REGULAÇÃO**

Paciente atendido em uma das “Portas de Entrada do Sistema de Saúde”: Pronto –Socorro – PS, Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Programa de Saúde da Família – PSF, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Hospitais ou Hospitais de Pequeno Porte – HPP, e encaminhados para a Unidade Hospitalar de Referência mais próxima da ocorrência com alguma processo de regulação (contato telefônico).

### **Unidade Hospitalar**

- A unidade Hospitalar que recepcionou, estabiliza o paciente;
- Se não tiver resolutividade para o tratamento do paciente, efetua solicitação a Central Microrregional de Regulação;
- Medico Regulador recepciona o caso, avalia, classifica risco, define a pertinência da transferência para outra Microrregião/Macrorregião
- Medico Regulador realiza contato com o Complexo Regulador Interestadual/Central de regulação Macrorregional e solicita transferência;
- Central Macrorregional/Complexo regulador Interestadual;
- Vide Fluxo Operacional – Etapa Intra CR.

## ANEXO C

Relação dos Instrumentos necessários que nortearão a Implantação/Implementação do Complexo de Regulação ou de uma Central de Regulação, em conformidade com as Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores, do Ministério da Saúde. (MS, PACTOS PELA SAUDE, 2006, VOL.06).

### 1. Instrumentos necessários para Implantar a Regulação da Assistência Acesso

- Plano Diretor de Regionalização – PDR – do estado ou do Município
- Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado
- Contratação/contratualização dos serviços da região (PPI) Municipal
- Plano de Regulação - Municipal, Micro ou Macrorregional, com a identificação das necessidades de saúde da região de abrangência (Parâmetro de Necessidade da Portaria n. 1.101/02, análise da situação de Saúde de sua região)
- Definições de quantas e quais centrais de regulação comporão o Complexo Regulador; Área de abrangência (território) e escopo (procedimentos) da/ou de cada Central de Regulação.
- Identificação dos serviços a serem regulados (consultas/exames especializados, urgência e emergência, leitos, alta complexidade)
- Conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis na área de abrangência (identificar as Unidades Prestadoras de Serviços, oferta de serviço – Ficha de programação Orçamentária e TAB WIN)
- Conformação de redes Assistenciais de Forma Integrada e Hierarquizada, com definição dos papéis de cada Unidade de Saúde e cada ente federado.
- Realização de contratos com cláusulas claras quanto aos serviços a serem ofertados e garantia de acesso à demanda regulada.
- Definição do fluxo de informações (unidades solicitantes, unidades executantes).
- Definição das rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.).

### 2. Instrumentos para Configurar uma Central de Regulação

- Atualizar o Cadastro das Pessoas, Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Cadastro Nacional de Saúde (CNS) com os Profissionais que garantem a identificação dos três agentes do processo
- Atualizar a Programação Pactuada e Integrada - PPI.
- Incluir as unidades solicitantes, executantes e as administrativas, distribuir os limites físicos – cotas e ou abrangência para cada unidade solicitante, vincular os profissionais às unidades de lotação.
- Incluir os grupos de acesso ao sistema informatizado

- Cadastrar as escalas médicas, definir os procedimentos que serão liberados sob-regulação.
- Definir os percentuais de oferta de serviços de cada unidade, para a Central de Regulação, para a própria Unidade e Reservas Técnicas.
- Capacitação permanente dos recursos humanos e demais entes do processo regulatório
- Fornecimento de informações à gestão sobre a utilização dos recursos físicos e financeiros, próprios e pactuados
- Exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes.
- Identificar área onde irá funcionar a central
- Selecionar os recursos humanos
- Implantar o SISREG III (software disponibilizado pelo Ministério da Saúde para execução das atividades de regulação), caso já sejam utilizados outros sistemas informatizados de regulação, tentar interoperar estes com as informações do SISREG III
- Construir/estabelecer os Protocolos Clínicos de forma participativa com aqueles que irão utilizar os referidos protocolos. Além de levar em conta, evidências científicas para construção destes. Enquanto não concluir a construção dos protocolos clínicos, os trabalhos poderão ser iniciados com Protocolos Clínicos das Especialidades Médicas que sejam validados pelas suas respectivas sociedade médicas.
- Implantar os Protocolos de Regulação (os protocolos já elaborados pela Diretoria de Regulação e publicados em Portarias Estaduais podem ser utilizados como referencia e adaptados).
- Organizar os fluxos operacionais de referencia e contra-referencia.
- Definir as responsabilidades e as competências no que diz respeito à realização do transporte sanitário.
- Organizar processos de trabalhos que garantam a regulação pré-fato.
- Municípios maiores de 100.000 habitantes e/ou com Hospitais de referencia Regional poderão implantar Comissões de regulação, Controle e Avaliação – CRCA, como estratégia de regular, controlar e avaliar a gestão dos leitos para o Sistema de Regulação/Central de Regulação.
- Estrutura lógica, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento.
- Infraestrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo de regulação (SISREG III). Os mobiliários e equipamentos devem cumprir normas de proteção à saúde do trabalhador (Legislação Aplicada à Segurança e Medicina do Trabalho, destacando as Normas Regulamentadoras nºs. 6 e 17).
- Capacitação inicial e preparação de multiplicadores locais, que possam estabelecer um processo de capacitação permanente de recursos humanos, para suprir a demanda oriunda da grande rotatividade de pessoal e garantir a formação de novos atores no processo de regulação bem como a continua reciclagem.
- Definir as Programações de Ações e Serviços de saúde das Redes Prioritárias – Rede de Atenção Materno Infantil – rede Cegonha, rede de Atenção às urgências e Emergências, além de outras Redes de Atenção

conformadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estadual e Municipal..

- A avaliação através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de saúde – PNAS que viabiliza o processo de avaliar periodicamente a assistência instrumentalizando a gestão para o planejamento, programação e regulação.
- Protocolos de regulação que orientem a central com relação aos encaminhamentos entre os níveis de complexidade, promovendo mudanças no modelo de atenção à saúde vigente.
- Aplicativo Sistema Nacional de regulação – SISREG III que garante a automação das ações regulatórias através das transações *on line* e *on time* pelo módulo Autorizador.
- Tabela Unificada de Procedimentos do SUS (Clínicos e Cirúrgicos).
- Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.
- O Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD.
- Todos os Sistemas de Informação da Saúde validados pelo Ministério da Saúde e necessários ao Processamento, Faturamento, e Avaliação de Serviços de Saúde.